

UNIVERSITÉ DE LYON
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE — N° 125

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
SYPHILIS TERTIAIRE DU FOIE
A FORME HYPERTROPHIQUE FÉBRILE

THÈSE
POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON
(SECTION DE MÉDECINE)

Présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie
Le 22 Mai 1922

PAR

Pierre PARANIKAS

Né le 1^{er} Mars 1897, à Smyrne (Asie-Mineure)



LYON
IMPRIMERIE L. BASCOU
42-44, Rue Sala, 42-44

—
Mai 1922

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

SYPHILIS TERTIAIRE DU FOIE

A FORME HYPERTROPHIQUE FÉBRILE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553220_0075

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE — N° 125

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
SYPHILIS TERTIAIRE DU FOIE
A FORME HYPERTROPHIQUE FÉBRILE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

(SECTION DE MÉDECINE)

Présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 22 Mai 1922

PAR

Pierre PARANIKAS

Né le 1^{er} Mars 1897, à Smyrne (Asie-Mineure)



LYON

IMPRIMERIE L. BASCOU

42-44, Rue Sala, 42-44

—
Mai 1922

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire : M. HUGOUNENQ

Doyen MM. J. LEPINE.

Assesseur ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	}	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales		ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.		BARD.
Clinique ophtalmologique		TIXIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		BÉRARD.
Clinique neurologique et psychiatrique.		COMMANDEUR,
Clinique des maladies des enfants.		ROLLET.
Clinique des maladies des femmes.		NICOLAS.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.		LÉPINE (J).
Clinique des maladies des voies urinaires.		WEILL.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie		POLLOSSON (A).
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie		LANNOIS.
Chimie biologique et médicale.		ROCHET.
Chimie organique et Toxicologie		NOVÉ JOSSERAND
Matière médicale et Botanique		CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.		HUGOUNENQ.
Anatomie		MOREL.
Histologie.		MOREAU.
Physiologie		GUIART.
Pathologie interne.		LATARJET,
Pathologie et Thérapeutiques générales		POLICARD.
Anatomie pathologique		DOYON.
Chirurgie opératoire		COLLET.
Médecine expérimentale et comparée et Bactériologie.		MOURIQUAND.
Médecine légale		PIVOT.
Hygiène		VILLARD,
Thérapeutique, Hydrologie et Climatologie.		ARLOING (F.)
Pharmacologie		MARTIN (Etienne).
		COURMONT (P.).
		PIC.
		FLORENCE (A).

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	VALLAS.
— Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN.
— Chimie minérale	BARRAL,
— Urologie	GAYET,

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique	PATEL,
Botanique	BRETIN,
Embryologie.	HOVELACQUE
Orthopédie	LARHYENNE
Fuériculture et Hygiène de la première enfance	CHATIN
Stomatologie	TELLIER.

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	GARIN	DUROUX	CORDIER
BRETIN	SAVY	HOVELACQUE	ROUBIER
LERICHE	FROMENT	TRILLAT	FAVRE
THÉVENOT (Léon)	THÉVENOT (Lucien)	SARVONAT	MURARD
TAVERNIER	PIÉRY	FLORENCE (G.)	BONNET
CADE	COTTE	ROCHAIX	GRAVIER, chargé des fonctions.

M. BAYLE, *Secrétaire*.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. ROQUE, *Président* ; NICOLAS, *Assesseur* ;
MM. CADE et GORDIER, *Agrégés*.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE M. PARANIKAS

Docteur en Philosophie

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

Je lui dédie ce modeste travail, trop faible témoignage de mon infinie tendresse et de mon inaltérable reconnaissance pour toute une vie d'abnégation et de dévouement.

A MON FRÈRE - A MES SŒURS

A MON BEAU-FRÈRE A. MACROPOULOS

MEIS ET AMICIS

AUX PROFESSEURS DE LA FACULTÉ D'ATHÈNES

Qui furent nos premiers Maîtres et nous incul-
quèrent les bases de notre culture médicale.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GERMAIN ROQUE

Professeur de Clinique Médicale à la Faculté de Médecine de Lyon.

Médecin de l'Hôtel-Dieu

Officier de la Légion d'Honneur

Nous nous faisons un devoir d'exprimer à notre Maître toute notre reconnaissance pour l'enseignement que nous avons puisé pendant toute la durée de nos études dans ses leçons cliniques. Au terme de nos études il nous fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre Jury de thèse ; nous l'assurons que son souvenir sera toujours vivace dans notre mémoire et dans notre cœur.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR A. CADE

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lyon

Médecin des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'Honneur

C'est une douce obligation pour nous de pouvoir lui exprimer ici, toute notre gratitude. Il nous a accueilli dans son service avec la bienveillance qui lui est coutumière. Pendant douze mois, nous avons eu la bonne fortune de suivre son précieux enseignement et d'apprécier ses hautes qualités. En nous inspirant le sujet de cette thèse, il ne nous a ménagé ni son temps ni ses excellents conseils.

Qu'il veuille bien trouver ici un modeste hommage de notre vive reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CORDIER

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lyon

Médecin des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'Honneur

Qu'il veuille bien accepter ici l'assurance de notre
gratitude pour le grand honneur qu'il nous a
fait de faire partie de notre Jury de thèse et de
nous aider à ce travail.

A MES JUGES.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
SYPHILIS TERTIAIRE DU FOIE
A FORME HYPERTROPHIQUE FÉBRILE

INTRODUCTION

L'histoire clinique de la syphilis hépatique tertiaire à forme fébrile est encore insuffisamment connue.

Cela est d'autant plus regrettable que c'est une affection dont le diagnostic exact permet d'obtenir la guérison.

Certainement il existe de nombreux cas de syphilis splanchnique qui sont restés dans l'obscurité parce qu'on n'a jamais pensé à la syphilis ou parce qu'un symptôme quelconque a écarté la pensée du clinicien d'un tel diagnostic.

Ces erreurs, avec le domaine que la syphilis actuellement occupe dans la pathologie générale, ne sont pas permises.

Nous devons toujours penser à la syphilis. Les conditions actuelles de la société lui ont permis d'évoluer et d'occuper une place assez importante dans la pathogénie des affections humaines pour que le médecin y pense avant tout, et qu'un traitement propice mette le malade à l'écart de ces erreurs jusqu'aujourd'hui trop fréquentes.

Préciser les diverses formes sous lesquelles la syphilis hépatique tertiaire à forme fébrile se présente, la décrire au point de vue clinique montrer qu'elle est moins exceptionnelle qu'on ne le croit, tel est le but de ce modeste travail.

La forme fébrile de l'hépatosyphilis tertiaire est à l'ordre du jour. Un certain nombre d'observations en ont été récemment publiées ; nous avons pu en rencontrer un cas dans le service de notre maître, M. le professeur agrégé A. Cade, qui nous a engagé à consacrer à cette question notre thèse.

La syphilis tertiaire peut être fébrile indépendamment de toute hépatite apparente ; et, d'autre part, une hépatite spécifique donne lieu à de petites poussées thermiques (37,8 — 38). Ce n'est pas là le type que nous voulons envisager. Celui-ci est caractérisé par une fièvre importante et qui persiste longtemps, parfois pendant des années, à moins qu'intervienne le traitement spécifique.

Nous diviserons notre sujet en deux parties. Dans une première partie, nous exposerons le point de vue historique de la question ; ensuite, nous décrirons la symptomatologie, l'anatomie pathologique, la pathogénie, le diagnostic et le traitement de l'affection.

Dans la seconde partie, nous reproduirons les principales observations publiées jusqu'à présent et particulièrement deux observations nouvelles que nous devons à l'obligeance de nos maîtres, MM. les professeurs G. Roque et A. Cade.

Nous serions heureux si notre travail contribuait à attirer, comme il convient, l'attention sur cette intéressante question de pathologie hépatique.

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Jusqu'à ces derniers temps, on considérait la syphilis dans ses stades même avancés comme une maladie apyretique.

Pourtant plusieurs auteurs déjà avaient signalé l'existence de la fièvre dans la syphilis tertiaire et particulièrement dans la syphilis tertiaire du foie. C'est Wunderlich qui, le premier, en 1870, a signalé le symptôme-fièvre dans les accidents hépatiques d'une syphilis du type tertiaire.

Ensuite, en l'année 1895, paraît l'observation de MM. Hirschberg et Raichline d'un malade atteint d'hépatite syphilitique et présentant une symptomatologie qui simulait le début d'une fièvre typhoïde.

Migliorato, en 1898, parle de cette forme d'hépatite fébrile et distingue plusieurs types fébriles: le type intermittent, le type continu typhique et le type hectique.

Fournier, dans son admirable traité de la syphilis, nous expose assez longuement cette question.

Aux observations de ces auteurs viennent s'ajouter les diverses publications de MM. Gérhardt, Einhorn, Bauer, Castaigne, Sian, Wahram et Lejars.

Mais ces auteurs n'ont pas décrit cette forme dans toute son ampleur, et leur publication n'ont pas suffisamment attiré l'attention sur l'élément fébrile qui, très souvent, domine la scène symptomatologique et peut entraîner des erreurs très importantes.

En 1917, A. Coury rapportait à la *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, un nouveau cas où, pendant deux ans, l'hépatite spécifique fébrile simule une tuberculose pulmonaire.

En 1921, MM. Gilbert, Coury et Chiray publient un article qui donne un exposé clinique remarquable de la question et l'envisagent sous toutes ses formes; ils insistent, pour la première fois, particulièrement sur l'importance du symptôme fièvre, et indiquent qu'il faut penser à la syphilis malgré la fièvre pour éviter des erreurs très préjudiciables aux malades.

Mamet, dans sa thèse sur la syphilis du foie en général, signale l'importance de cette forme fébrile.

Au mois de novembre dernier parut, dans les *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, une nouvelle observation de M. Dumont.

Enfin, tout récemment et peu après, l'importante communication de MM. Gilbert, Chiray, Coury, nous avons eu l'occasion de recueillir dans le service de notre maître-professeur Cade, une observation qui rentre dans le même cadre, et déjà relatée par lui-même devant la *Société Médicale des Hôpitaux de Lyon*.

CHAPITRE II

SYMPTOMATOLOGIE ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Fièvre. — La forme hypertrophique fébrile de la syphilis tertiaire du foie est, avant tout, caractérisée :

1° Par une fièvre prolongée affectant des types variés prenant ou bien le masque de la tuberculose, ou bien celui de l'hépatite amibienne, ou bien de l'hépatite paludéenne avec ou sans atteinte de l'état général ;

2° Par des modifications du volume du foie, et de la rate ;

3° Par son extrême sensibilité au traitement antisypilitique.

Cette fièvre a pour caractères principaux : sa durée prolongée, sa résistance absolue au traitement non spécifique et sa disparition rapide dès les premiers jours de ce traitement. Elle peut continuer des mois et des années. Dans les observations de MM. Gilbert, Chiray, Coury, la durée a été de deux mois, six mois, vingt mois, vingt-neuf mois, six ans, trois mois sans interruption avec des rémissions très courtes et incomplètes.

Chez notre malade, la fièvre, rapportée rapidement à sa véritable cause, a été enrayée au bout de quelques jours par le traitement spécifique.

Aussi un élément fondamental de cette fièvre est, comme nous l'avons indiqué plus haut, sa résistance au traitement spécifique.

Presque tous les malades étaient soumis au traitement antithermique (quinine, aspirine, acide salicylique, pyramidon, etc., etc.), mais malgré ce traitement le plus rigoureux la fièvre ne tombait pas : Alors qu'un traitement mercuriel ou arsenical la ramène dans quelques jours seulement à la normale.

Si nous laissons le traitement spécifique tout de suite la fièvre réapparaît, pour redisp paraître sous l'influence du traitement spécifique.

L'aspect de la courbe fébrile dans cette forme n'a rien de caractéristique. Elle est irrégulière, affecte assez souvent le type intermittente, mais présente plus fréquemment le type continue, avec exacerbations vespérales, précédées ou non de frissons, suivies ou non des transpirations nocturnes.

Le retentissement sur l'état général paraît également variable. Presque toujours existent des troubles dyspeptiques : l'anorexie, lenteur des digestions, etc., etc.

Foie. — Son volume est toujours plus ou moins augmenté et lorsque l'organe est fortement hypertrophié il se développe par surélévation du bord supérieur concomitant au déplacement du bord inférieur vers le bas.

La surface de l'organe à la palpation dépend de l'hypertrophie, symétrique ou non. Elle se présente tantôt lisse, tantôt bosselée, tantôt irrégulière, tantôt ficelée.

Au point de vue de la sensibilité cette hypertrophie n'est presque pas douloureuse. Mais dans certains cas les modifications du volume s'accompagnent de gênes douloureuses,

de pesanteur à l'hypocondre droit, et beaucoup plus rarement d'une douleur assez vive persistante au niveau de la base du thorax, et elle augmente avec la toux, à l'inspiration profonde et à la palpation, due probablement à la perihépatite concomitante.

Dans cette forme du foie syphilitique nous n'avons pas à signaler de troubles fonctionnels : par exemple ni ascite, ni simulation veineuse collatérale, ni ictère comme dans la cirrhose biliaire syphilitique de type Hanot.

Parfois cependant il y a du subictère.

Rate. — La rate est dans presque tous les cas augmentée de volume, et quand elle est palpable paraît nettement accrue de consistance. Cette splénomégalie constitue un bon signe de diagnostic.

Sang. — L'examen du sang a montré une légère hyperleucocytose (10-12000) et un certain degré d'anémie.

Urines. — L'examen des urines n'a pas montré de sucre. Une fois seulement, une réaction de Hay, a été signalée positive, mais passagère. Il y a une plus ou moins grande quantité d'urobiline et d'indican.

L'albuminurie existait chez notre malade. Elle disparut sous l'influence du traitement spécifique : l'albuminurie, on le sait, est fréquente chez les anciens syphilitiques.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Nous sommes obligé d'être bref au sujet de l'anatomie pathologique de la syphilis hépatique dans sa forme fébrile.

Dans nos recherches bibliographiques nous n'avons trouvé aucune observation contenant une étude sur ce point, et cela probablement parce qu'on n'a pas eu l'occasion de pratiquer une autopsie.

Toutefois nous avons certains éléments qui nous permettent d'avoir une idée sur l'aspect macroscopique de lésions. Nous le devons au malade S..., de M. Chiray et H. Coury qui, peu confiant dans les ressources de médecine, a sollicité l'intervention chirurgicale.

Voici le compte rendu du chirurgien, M. de Mattel, qui pratiqua l'opération.

« ... Laparotomie en L découvrant largement la vésicule, masquée par adhérences. Libération et ablation de la vésicule par voie rétrograde. Vésicule ne contient ni pus, ni calcul : foie à surface parsemée de membranes et de saillies de la grosseur de petites noix, réunies entre elles par des raghades.

Il s'agissait nettement d'un foie syphilitique. »

Dans les huit jours qui ont suivi l'intervention la température est restée à 38-38,5. Au troisième jour après l'intervention institution du traitement antisyphilitique (cyanure de Hg.).

Quatre à cinq jours après la température céda et ne reparut plus.

M. Riedel aussi a opéré un malade pour empyème de la vésicule biliaire et il a trouvé pendant l'opération une syphilis hépatique interstitielle.

CHAPITRE III

PATHOGÉNIE

Nous pouvons nous demander à quoi est due cette fièvre.

Il est tout d'abord certain, après l'observation faite par MM. Netter et Glasser que la fièvre syphilitique peut exister en dehors de toute lésion du foie. Elle est observée dans les affections syphilitiques des reins, des os, du système nerveux et en particulier des méninges.

Mais elle n'est pour aucun viscère aussi fréquente que pour le foie, et la question pourrait se poser de savoir si la fièvre de la syphilis tertiaire n'est pas, dans certains cas, conditionnée par des lésions latentes de la glande hépatique.

C'est une hypothèse qu'il est difficile de démontrer. Nous savons bien que la suractivité de la cellule hépatique s'accompagne d'hyperthermie comme dans certains cancers du foie. De ce fait classique indiscutable pouvons-nous conclure que dans les cas qui nous occupent la fièvre est fonction de la lésion syphilitique des cellules hépatiques ?

Au contraire, faut-il admettre l'intervention des toxines des tréponèmes ou celle d'une infection surajoutée ?

Toutes ces questions posent autant de problèmes qu'il est difficile de résoudre.

M. Klemperer a émis l'hypothèse que cette fièvre est le résultat de la résorption des masses gommeuses du foie. D'autre part, M. Glasser insiste sur la tendance générale de la syphilis tertiaire à faire des élévations de température.

Bien entendu il convient de tenir compte des erreurs d'interprétation.

Dans un cas observé par M. Mouriquand cette fièvre était attribuée à une hépatite syphilitique, mais due en réalité à des abcès hépatiques révélés par l'opération.

Nous admettons avec MM. A. Gilbert, Chiray et Coury que la fièvre syphilitique pourrait bien être une manifestation de l'activité du tréponème et de ses toxines. Nous croyons que si à une certaine période de son évolution celui-ci perd beaucoup de sa virulence extérieure, pourrait-on dire, et se dépouille de ses affinités cutanéomuqueuses, il acquiert, par contre, des affinités particulières pour les organes profonds, sur lesquels il reporte toute sa virulence de la période dermatrope de son évolution. Une de ces manifestations trop souvent méconnue du viscerotropisme d'évolution du tréponème pâle est, à notre sens, la fièvre syphilitique tertiaire.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC — PRONOSTIC TRAITEMENT

Nous en aurons fini avec l'étude clinique de cette forme de syphilis hépatique tertiaire lorsque nous aurons indiqué les nombreuses erreurs de diagnostic auxquelles elle peut donner lieu. Dans la plupart des cas la fièvre constituant le phénomène dominant, c'est vers le diagnostic de tuberculose pulmonaire ou pleurale que les médecins se trouvent orientés. Dans d'autres cas les modifications considérables du volume du foie pourraient faire penser soit à un cancer massif, soit à un cancer nodulaire.

Dans d'autres, enfin, la coexistence de fièvre à type intermittent et d'hépatomégalie orientait vers le diagnostic d'hépatite paludéenne ou amibienne, ou même vers celui de cholécystite suppurée, ou abcès du foie.

Pour faire le diagnostic nous nous baserons :

- 1° Sur l'hépatomégalie avec ou sans splénomégalie ;
- 2° Sur la survenance d'un accident suspect avec ou sans Bordet-Wassermann positif. Cette réaction d'un si précieux appoint pour le diagnostic peut être en défaut ou elle

peut se montrer positive alors qu'il s'agit d'une hépatite paludéenne ou néoplasique chez un syphilitique ;

3° Sur la longue durée de la fièvre, inexplicable et sur l'échec des traitements antérieurs ;

4° Sur l'absence d'une tuberculose pulmonaire ou d'une affection susceptible d'être incriminée ;

5° Sur la ponction exploratrice du foie si nous étions orientés vers l'hépatite amibienne ou toute autre modalité d'hépatite suppurée ; et plus spécialement sur la notion avec laquelle il faudrait que désormais nous soyons familiarisés, à savoir que l'hépatite syphilitique peut comme d'autres et plus que d'autres manifestations de la syphilis tertiaire être fréquemment fébrile.

Avant de clore cette rapide étude de la syphilis hépatique fébrile nous pourrions nous demander quel est le devenir de ces hépatites avec fièvre :

A cet égard nous croyons pouvoir conclure des observations réunies que dans les manifestations hépatiques de la syphilis fébrile il y a deux ordres de phénomènes bien distincts au moins cliniquement.

Il y a d'abord des lésions hépatiques profondes, gommeuses ou sclérogommeuses fébriles — l'opération nous en a fourni la preuve anatomique — et à côté de ce fait, il en est d'autres où l'hépatomégalie n'implique pas forcément une atteinte profonde de la glande hépatique, mais paraît être, au contraire, l'expression d'une de ces hépatites congestives si fréquentes dans les états infectieux fébriles, en l'espèce une hépatite spécifique bénigne au cours d'une poussée évolutive profonde de la syphilis. Notre observation n° III paraît assez démonstrative à cet égard.

Le foie qui avant le traitement ne débordait pas de

plus de deux travers de doigt le rebord costal diminué de volume et de consistance sous l'influence du traitement sans reprendre cependant son volume tout à fait normal.

En général les malades, même cliniquement guéris, gardent un foie un peu augmenté de volume et accru de consistance.

Le traitement de cette affection consiste à pratiquer des injections intramusculaires de sels mercuriels solubles (benzoate d'Hg ou biiodure d'Hg) à la dose moyenne de 2 cm. par jour. Après une dizaine de ces injections, on pratiquera quelques injections intraveineuses d'arsénobenzol à doses prudentes de 0 gr. 15 centigr., 0 gr. 30 centigr., 0 gr. 45 centigr.

La prudence est ici commandée par la teinte hépatique. La médication iodurée sera de mise en même temps comme adjuvante du traitement précédent, à des doses de 3 gr. par jour.

DEUXIÈME PARTIE

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de M. le professeur A. CADE)

J... H..., âgée de 56 ans, entre dans notre service le 12 mai 1921. Elle y est envoyée, par son médecin, pour albuminurie et gastrite. Son albuminurie a été découverte, il y a 19 ans, au cours d'un état aigu. Le cœur est un peu gros ; pas de galop, mais souffle systolique mitral. Les troubles dyspeptiques consistent en anorexie, nausées, quelques vomissements.

La palpation de la région gastrique est pénible. La radioscopie montre simplement une légère hypertrophie du cœur gauche ; l'estomac est allongé, avec un peu de dilatation du bas-fond, et montre surtout un spasme segmentaire médiogastrique qui cède assez rapidement.

Le 28 juillet surviennent des douleurs épigastriques assez vives. La température atteint 39°. Le foie est trouvé un peu gros, et surtout nous notons une masse dure et

douloureuse à la pression, correspondant assez bien à la région vésiculaire.

Il y a un gros disque d'albumine dans les urines.

Tous les jours suivants, la température se maintient entre $38^{\circ}2$ et $39^{\circ}5$. Albuminurie. Urine haute en couleur. Le foie, très hypertrophié, descend jusqu'au niveau de la crête iliaque. Il est uniformément dur et douloureux. Pas d'ascite.

La rate est un peu hypertrophiée : sa matité verticale est de deux à trois travers de doigt.

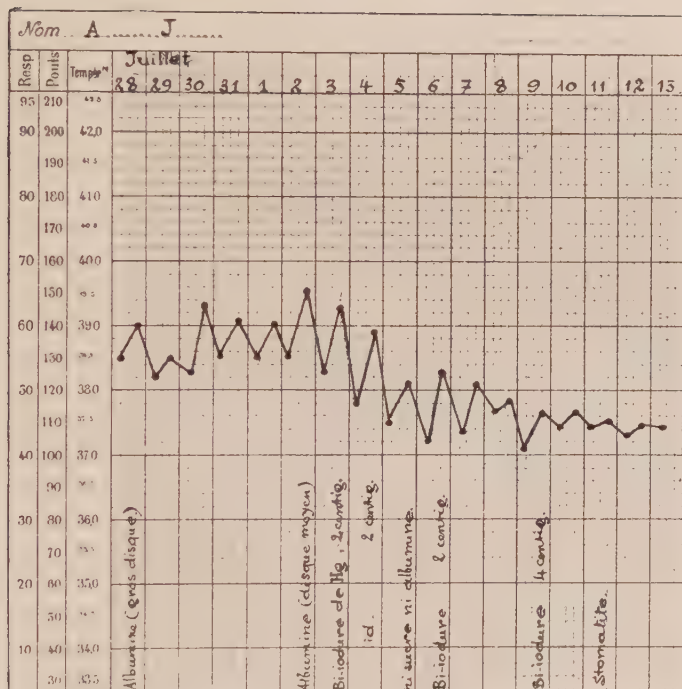
Le 3 août, la malade raconte qu'elle a eu la syphilis à 21 ans et qu'elle a été traitée, pendant trois mois seulement, par l'ingestion d'une préparation mercurielle.

Nous faisons pratiquer le jour même et le lendemain une injection intramusculaire de deux centigrammes de biiodure de mercure. La température descendit progressivement. Le troisième jour, elle n'est plus que de $38^{\circ}2$ le soir. Le quatrième jour, troisième injection d'une même dose de biiodure de mercure, et le sixième jour, après le début du traitement, la température est redevenue normale et cela de façon définitive. L'albuminurie a totalement disparu, les douleurs de la région hépatique ont diminué. Le foie reste gros, mais on ne sent plus la tuméfaction dure et arrondie initialement perçue.

La réaction du Bordet-Wassermann est négative.

Un traitement par les injections intraveineuses de doses prudentes de novarsénobenzol succède à la cure mercurielle.

L'amélioration continue ; la malade engraisse de deux kilos et elle peut quitter le service, ne gardant qu'une hypertrophie modérée du foie qui ne dépasse plus le rebord costal que d'un travers de doigt, mais reste un peu dure.



Courbe thermique de l'Observation I.

OBSERVATION II

(Due à l'obligeance de M. le professeur ROGUE, présentée à la *Société Médicale des Hôpitaux*, par MM. CORDIER et P. DURAND. Séance du 16 mai 1922.)

B.. J..., âgée de 51 ans, ménagère, était entrée à l'hôpital parce qu'elle souffrait de l'estomac. Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires et personnels, sauf une métrite survenue à l'âge de 22 ans, six mois après son premier et unique accouchement. Pas de fausses couches.

Depuis, la malade avait toujours souffert dans le bas-ventre, surtout à l'occasion de toute fatigue.

En 1916, souffrant au niveau de la région épigastrique, entra à l'hôpital de la Croix-Rousse.

Les douleurs n'avaient pas d'horaire fixe et elles n'étaient pas calmées par l'ingestion d'aliments. Pas de vomissements. Après radioscopie, toute opération ayant été jugée inutile, la malade passa en médecine où elle ne resta que quarante-huit heures.

Mais, huit jours après, la malade se mit à souffrir au niveau des régions lombaires et sacrées. Pendant six mois, elle ne put se lever. Puis les douleurs disparurent.

En février 1920, la malade eut des épistaxis répétés tous les deux ou trois jours. Les épistaxis durèrent trois mois et certaines furent très abondantes. Le 1^{er} avril, une épistaxis dura de minuit à deux heures du matin et la malade perdit deux litres de sang (sang recueilli et pesé).

Dans la même époque, sensation de déchirure dans l'hypocondre gauche avec miction difficile d'une façon presque continue.

Depuis, les douleurs abdominales devinrent de temps en temps violentes et les épistaxis plus fréquentes. Toux sèche, température autour de 38°.

On retrouve à la palpation de l'épigastrique et de l'hypocondre droit la masse ci-dessus décrite.

Cette palpation est très douloureuse.

Constipation opiniâtre, plus d'albumine.

Cœur à 120 avec température 37°8. Depuis un mois, tuméfaction du dos du pied gauche, avec point douloureux au niveau du quatrième métatarsien vers son extrémité tarsienne.

8 avril 1921. — Entrée à l'asile Sainte-Eugénie, service du D^r Cordier, pour faire de l'héliothérapie.

À l'entrée, il existe toujours les signes indiqués ci-dessus: toujours de la température avec type inverse.

30 avril. — Le ventre est aujourd'hui très souple. Depuis des mois, dit la malade, on n'avait pu y enfoncer ainsi les doigts. Or, deux zones différentes sont appréciables:

L'épigastre est tendu, bosselé, très douloureux, et la même imprécision persiste.

Mais, dans la zone sous-ombilicale, on trouve un rebord tranchant très net, que l'on accroche légèrement et il est peu douloureux. Il y a un contraste très grand au point de vue de la douleur entre la zone de ce rebord et la zone supérieure qui demeure douloureuse.

Euphorie reprise de 300 gr.

Appétit bon, retour léger des forces.

Signes pulmonaires inchangés.

Cœur idem.

Pas d'ascite.

Pas d'ictère.

Pas d'albumine, ni de sucre.

Pas d'œdèmes.

A ce moment le diagnostic de gros foie est nettement posé et l'on élimine le diagnostic de tumeur ganglionnaire proposé à l'entrée.

Radiologie, 7 mai : Estomac rempli d'abord au gaz (potion de Rivier), puis au bismuth.

Les masses abdominales sont si volumineuses qu'elles gênent l'examen. L'on n'a que des ombres floues.

L'estomac n'est pas très refoulé à gauche. Surélévation considérable du diaphragme gauche ou abaissement du diaphragme droit.

9 juin. — Examen du sang (hématéine-éosine).

Grands monos, 5,33 %.

Moyens monos, 9,66 %.

Lymphocytes, 7,33 %.

Polynucléaires neutrophiles, 76 %.

Polynucléaires éosinophiles, 1,66 %.

En somme, mononucléaire importante, 11 %.

18 juin. — Souffle systolique de la pointe, variable avec les changements de position et les mouvements respiratoires. $T = \frac{120}{85}$

On a l'impression d'une évolution cardio-vasculaire.

L'hypertrophie de la pointe s'est un peu accusée. Rien cependant à l'aorte.

Température irrégulière avec des 39° et toujours des types inverses. Abdomen souple qui permet la palpation profonde. Pas d'ascite.

On sent aujourd'hui avec la plus grande netteté, surtout dans l'hypocondre gauche de l'abdomen, un rebord

tranchant parfaitement net que l'on accroche et soulève avec les doigts dans toute la partie moyenne et gauche, et qui ne devient un peu plus floue que sous l'hypocondre droit où la réaction vésiculaire l'estompe et le rend douloureux.

Il ne semble pas que la rate soit perçue ; cependant, sous l'extrême, l'hypocondre gauche, au bout des doigts, on sent une résistance ; à la percussion la rate ne semble pas grosse.

Pas de circulation complémentaire.

Les hémorragies ne se sont pas reproduites depuis l'entrée. Pas de subictère.

Pas de stigmatisme de la syph. Pourtant un Wassermann a été fortement positif, et un traitement pilulaire a été institué. Ce traitement (Hg et K I) a été très mal supporté au point de vue digestif.

7 septembre. — Indolence de l'abdomen à peu près complète.

Oedème blanc considérable du pied gauche.

Le rebord du foie est nettement perçu.

23 septembre. — Les phénomènes douloureux des membres inférieurs se sont beaucoup accrus et l'oedème s'est étendu aux deux pieds.

L'abdomen est très météorisé, mais le rebord du foie est très nettement perçu, même la languette gauche.

Puis sensation de brûlure dans la région épigastrique, sans horaire fixe, après le repas.

C'est surtout pour éviter le retour de ses épistaxis que la malade entre à l'hôpital sur les conseils de son médecin,

15 avril 1920.

A l'examen, région épigastrique douloureuse. On sent,

au niveau de l'hypocondre droit, une masse dure qui semble être le foie. On retrouve de telles masses au-dessous du creux épigastrique et dans la région périombilicale, masses du volume d'un œuf et lisses, mobiles avec les mouvements respiratoires.

La palpation n'est pas douloureuse; mais, huit jours auparavant, dit la malade, il était impossible de palper son abdomen tellement elle souffrait.

L'examen des poumons et du cœur est négatif. A signaler un petit disque d'albumine dans les urines. La température, le soir, atteignait 38°.

4 mai. — La malade souffre toujours: au niveau de l'épigastre, douleurs sous forme de tiraillements et de lancées. La température est constamment, le soir, au-dessus de 38° à 38°7, ne descendant jamais; le matin, au-dessous de 37°6.

Elle présente, à l'épigastre, un gâteau dur, limité par une bordure marronnée en éventail qui part de l'hypocondre gauche, passe sous l'ombilic et vient se perdre dans l'hypocondre droit.

15 mai. — La malade a eu plusieurs épistaxis peu abondantes ces jours derniers.

La malade sort de l'hôpital, le 1^{er} juin 1920, améliorée, après avoir pris des bains de soleil pendant deux mois et demi.

2^e séjour: 10 janvier 1921. — En septembre, la malade dut reprendre le lit.

27 novembre. — Etat stationnaire jusqu'à la date du 15 novembre, à partir de laquelle le foie se mit à augmenter très légèrement jusqu'à atteindre quatre bons tra-

vers de doigt, malgré une révulsion active; en même temps que la température montait à 39°.

29 novembre. — On note une diminution du volume du foie avec baisse concomitante de la température.

Par contre, état nauséux avec quelques petits vaumissements bilieux et anorexie complète.

13 mars 1922. — A la suite de la réaction de Wassermann qui était positive, on a pratiqué un traitement d'épreuve: quatorze piqûres de cyanure intraveineuses. Coïncidant avec le traitement, on a noté une diminution considérable du foie, une disparition complète des œdèmes et une amélioration considérable de l'état général. La température aussi tombait à la normale et ne réapparut plus.

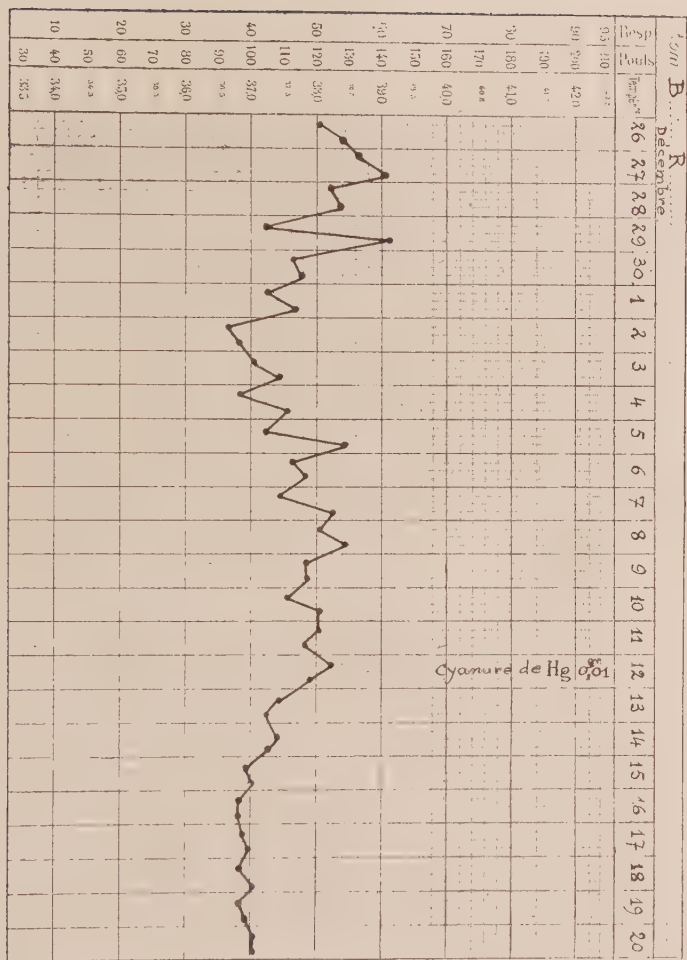
L'observation de cette malade est remarquable à plusieurs points de vue :

1° Les douleurs abdominales et le météorisme interne qui ont gêné l'examen pendant toute la première période : le repos, l'aération, l'héliothérapie ont amené une grande amélioration : c'est elle qui a permis, pour la première fois de palper l'abdomen, et, ainsi, de délimiter le gros foie, diagnostic qui n'avait pu être précisé pendant la période de péritonite subaiguë.

2° L'absence de tout signe de cirrhose.

3° L'intensité des douleurs articulaires, qu'on peut interpréter, soit comme d'origine spécifique, soit comme du rhumatisme toxiinfectueux.

4° Les lésions rénales concomitantes qui ont paralysé le traitement spécifique.



Courbe thermique de l'Observation II.

OBSERVATION III

(M. M.-J. DUMONT.)

Le nommé B..., 48 ans, est envoyé à l'hospice de Brévannes, le 8 avril 1921, pour un emphysème bilatéral avec crises bronchitiques très fréquentes dont le début remonte au mois de novembre 1918. L'état général est excellent. Toutefois, l'abdomen est un peu météorisé; le foie, indolore, de consistance normale, déborde de deux travers de doigts le rebord des fausses-côtes sur la ligne mamelonnaire. Le malade avoue des excès alcooliques manifestes (plus de deux litres de vin par jour, absinthe) auxquels on rattache cette hépatomégalie.

Sous l'influence du repos et d'un traitement symptomatique récidivent, son état s'améliore et le poids augmente peu à peu.

Toutefois, la courbe thermique est irrégulière: elle s'élève fréquemment autour de 38°, le soir.

Il n'existe cependant aucun signe clinique ou radiologique de sclérose pulmonaire tuberculeuse; l'examen des crachats est négatif à plusieurs reprises et, faute de mieux, on cherche à expliquer le déséquilibre de la température par l'infection bronchique.

On le voit cependant s'aggraver peu à peu; la courbe thermique s'élève, à certains moments, brusquement, à 39°, accompagnée de quelques frissons, pour retomber à 37° ou 38° quelques heures après. Notre malade était un ancien colonial, ayant séjourné au Dahomey et au Tonkin,

à l'âge de dix-huit ans, en 1892; il rattache ces frissons à son paludisme ancien qui a été cependant fort bénin et n'a pas déterminé d'hospitalisation. A trois reprises, l'examen du sang est fait en plein accès ou le lendemain.

Il n'a jamais montré d'hématozoaires même après homogénéisation dans l'alcool au tiers. La formule leucocytaire est normale, sans mononucléose, sans éosinophilie. Sa rate n'est aucunement tuméfiée. Pour ces raisons, nous écartons complètement le diagnostic du paludisme. L'allure ultérieure de la maladie prouva le bien-fondé de notre diagnostic.

Du 27 juin au 18 juillet, nous voyons, en effet, se déclarer un syndrome très spécial indiquant une atteinte manifeste de la glande hépatique.

Le météorisme abdominal augmente considérablement, l'ombilic tend à se déplisser; on observe quelques veines dans la région inférieure de l'abdomen. Il existe une légère ascite libre.

Le foie est volumineux: il atteint la ligne ombilicale, il est dur, très régulier, il est douloureux au palper et la contracture abdominale rend impossible l'exploration précise de son bord inférieur. La rate, par contre, n'est pas grosse; elle ne peut être sentie par le palper. A la percussion, elle ne dépasse pas trois travers de doigt, mais sa délimitation est faussée certainement par l'emphysème concomitant.

Cette hépatite est fébrile. La température est irrégulière, oscillant autour de 39°; elle atteint enfin 40° le 15 juillet. Par ses oscillations inégales, par son type inverse fréquent, elle rappelle la fièvre des tuberculoses aiguës. Cependant elle ne s'accompagne pas de sueurs,

le pouls reste relativement fréquent à 100 et bien frappé, la T. A. est à 16-7 (Pachon).

Il existe des signes hémorragiques d'insuffisance hépatique. Les gencives sont saignantes, les épistaxis fréquentes; on note sur les membres inférieurs quelques taches purpuriques. Les hémorragies rectales sont beaucoup plus fréquentes et plus importantes, du type hémorroïdaire, bien que le toucher ne montre aucune lésion évidente de la muqueuse.

Les urines, enfin, sont rares, étranges, riches en urobiline, ainsi que le fait présumer le teint terreux, mais non ictérique du malade. Réaction de Hay négative.

C'est dans ces conditions que nous portons le diagnostic de cirrhose maligne d'origine alcoolotuberculeuse, non sans avoir auparavant retenu la possibilité d'amibiase ou de syphilis hépatique.

Notre malade n'a pas contracté la dysenterie durant son séjour aux colonies mais, au cours de la guerre, en 1915, étant au Maroc, il a eu une crise dysentérique légère caractérisée par deux selles sanglantes journalières et guérie en huit jours sous l'influence du bismuth.

Depuis, il n'a eu aucun trouble intestinal. Les matières ne contiennent pas de kystes amibiens; aussi écartons-nous le diagnostic d'abcès du foie que la dureté de l'organe, la coexistence d'une ascite, la constatation de signes évidents d'une insuffisance hépatique ne justifiaient guère.

La notion de syphilis est, par contre, beaucoup plus nette. A l'âge de dix-neuf ans, au Tonkin, le malade a contracté un chancre du sillon balano-préputial gauche accompagné de roséole. Il a été traité, sept à huit mois,

par des pilules et, depuis, n'a présenté aucun accident tréponémique.

Cependant, il a eu neuf enfants : tous sont nés à terme, mais sont morts à quelques jours, sauf le sixième qui a vécu à l'âge de deux ans et demi et est mort écrasé.

Actuellement, on ne constate aucun stigmate de syphilis nerveuse, artérielle ou cutanée ; la cicatrice du chancre est peu nette, mais la réaction de Wassermann est franchement positive dans le sang (I. Pasteur).

C'est en présence de ces antécédents que le diagnostic d'hépatite syphilitique fébrile est mis en valeur et que le traitement arsénobenzolé d'épreuve est décidé.

Le 18 juillet 1921, le malade reçoit une injection sous-cutanée de 0,15 de novarsénobenzol. L'effet sur la fièvre est immédiat.

La température redescend en chute brusque à 36°, à la façon d'une crise pneumonique. Elle ne dépassera plus jamais 37°5.

Dix piqûres d'arsénobenzol sont pratiquées du 18 juillet au 7 août. Huit injections de 0,01 de biiodure de Hg du 17 au 29 août. Sous leur influence, la crise polyurique s'établit et atteint deux litres. Le météorisme abdominal s'atténue progressivement. L'ascite disparaît et le poids s'abaisse de 50 à 47 kil. 500.

Le foie régresse rapidement de volume et devient indolore. Toutes les hémorragies cutanéomuqueuses disparaissent, sauf les hémorragies rectales, plus tenaces, dont les dernières remontent à la fin de septembre.

Actuellement (10 octobre 1921), le malade, considérablement amélioré, ne présente plus de météorisme abdominal ; le foie déborde d'un travers de doigt les fausses-

côtes sur la ligne mamelonnaire ; il est resté dur et on sent facilement son bord inférieur sans encoches mais émoussé. La température, malgré les récidives de la bronchite chronique, est régulière ; les accès fébriles ont complètement disparu.

OBSERVATION IV

(M. A. COURY.)

Il s'agit d'un malade de vingt-neuf ans, qui se présente à la consultation, le 30 mai 1914, pour la fièvre, de sueurs nocturnes, de la toux, de l'inappétance, une respiration courte et de l'amaigrissement, symptômes ayant débuté en février de la même année et persistant depuis malgré le traitement hygiénique et médicamenteux.

Le malade est amaigri, anémié, légèrement dyspnéique ; sa toux est fréquente, son expectoration insignifiante, sa fièvre est presque continue mais évolue entre 37°2, le matin, et 38°, le soir ; elle ne disparaît complètement que vers deux heures du matin, elle s'accompagne de céphalalgie et est régulièrement suivie de sueurs nocturnes parfois abondantes. Pouls rapide et instable (110-120) inappétence, digestion lente et douloureuse. A l'auscultation, respiration très obscure avec frottement, dans la région sus-claviculaire gauche. Le diagnostic de tuberculose ne paraissant faire de doute, le malade est soumis au traitement et à la triple cure de repos, d'air et d'alimentation supplémentaire.

Au bout de quatorze mois de ce traitement et de ce régime, scrupuleusement suivis, l'état du malade était resté stationnaire, la fièvre n'avait point discontinué un seul jour et c'est elle qui, au milieu des autres symptômes : sueurs nocturnes, insomnie, toux, inappétence, etc..., fatiguait le plus le malade. Le 21 octobre 1915, le malade ressent un point de côté dans la région mamelonnaire droite, point de côté qu'exagèrent la toux, l'inspiration profonde, le décubitus latéral droit et certains mouvements. A l'auscultation, gros frottements s'étendant en demi-cercle jusqu'à la colonne vertébrale. Les dimensions du foie sont normales. Tension artérielle 13-7 (Pachon).

Le 19 avril 1916, apparition d'un nouveau point de côté, à gauche, avec frottement moins gros et moins étendu qu'à droite.

Le point de côté à droite et à gauche ne cède qu'à l'application répétée de vésicatoires. Le 19 juin 1916, l'état général, la fièvre, les sueurs, la toux, l'amaigrissement, l'anorexie, etc..., restent les mêmes, le malade constate que ses urines sont foncées.

Ce signe nouveau ajouté à l'ascension progressive de la fièvre (38° à 39°) qui, jusqu'à cette date, *avait implacablement résisté à tous les antithermiques* (quinine, analgésine, aspirine, acide salicylique elbon, pyramidon, etc...), et à des doses croissantes et répétées de cryogénine, amena un nouvel examen du malade.

Les urines, non albumineuses, donnent une réaction de Haycraft entièrement positive. *Le foie déborde de quatre travers de doigt le rebord des fausses-côtes* et quoique dur, ne présente d'irrégularités ni de bord ni de surface. La rate, dure, dépasse le rebord costal de deux à trois

travers de doigt ; ni le foie, ni la rate ne sont douloureux. Pas d'ictère, mais teinte terreuse de téguments.

Examen du sang : Globules rouges 2.150.000 ; globules blancs 10.000 ; polynucléaires 78 p. 100 ; mono 20 p. 100 ; éosino 2 p. 100.

La constatation d'une éruption rostriforme à la face postéro-externe de la cuisse, à retours périodiques, et un interrogatoire de sa vie — resté sans résultat autrefois — nous amènent à un Wassermann trouvé très fortement positif. Institution immédiate du traitement polyméridiel : 6 grammes d'onguent napolitain en frictions, 2 centigrammes de benzoate de mercure en injection, 1 centigramme de biiodure de Hg par la bouche.

Ce traitement, commencé le 6 juillet 1916, donne, en quatre jours, le résultat suivant :

La température qui, depuis le mois de février 1914, n'avait jamais atteint la normale, ne dépasse pas, le soir, 37° (après suppression de tout antithermique) en quelques jours elle ne dépassera plus 37°. Les urines deviennent plus claires, la toux diminue de fréquence, les sueurs nocturnes, aussi tenaces que la fièvre, disparaissent totalement, l'appétit renaît malgré ce traitement intensif.

Le 31 juillet, la matité hépatique n'est plus que de six centimètres, la rate a diminué de volume, la température est entre 36°5 et 37. Les urines sont normales, réaction de Hay négative. Examen du sang : globules rouges, 4.550.000 ; globules blancs, 4.400 ; polynucléaires, 67 p. 100 mono, 31 p. 100 ; éosino, 2 p. 100.

Le malade a augmenté de poids. De 72 il est à 73 kilos. Le 6 septembre nous revoyons le malade qui,

avec quelques jours de repos intercalaire, a continué le traitement, d'ailleurs fort bien supporté.

Le foie déborde le rebord costal de trois centimètres seulement ; la rate n'est perceptible que dans les fortes inspirations. Le pouls est entre 80 et 90.

Le 6 janvier 1917, l'apyrexie demeure absolue : foie et rate difficilement perceptibles à la palpation.

Le malade pèse 78 kilos, il a augmenté de six kilos depuis l'institution du traitement spécifique. Le Wassermann est encore nettement positif.

OBSERVATION V

(MM. GILBERT, CHIRAY, COURY)

Hépatite sclérogommeuse hypertrophique fébrile depuis six ans, gros retentissement sur l'état général, confondue successivement avec une tuberculose pulmonaire du paludisme, une hépatite amibienne, une cholécystite. La laparotomie confirme le diagnostic clinique d'hépatite syphilitique. Guérison définitive de la fièvre après cinq piqûres mercurielles.

S... habitant Alexandrie, vient le 3 août 1920 consulter pour une fièvre datant de six ans et demander de le confier s'il y a lieu à un chirurgien, en vue d'une cholécystectomie jugée en définitive indispensable par de nombreux médecins que le malade a déjà consultés.

D'un volumineux dossier médical qui nous soumet à

celui-ci, nous ne retiendrons que les renseignements essentiels suivants :

Depuis juin-juillet 1914, le malade présente une fièvre persistante presque continue avec exacerbations vespérales atteignant parfois 40° et des rémissions matinales incomplètes. A des périodes fébriles de plusieurs mois durant lesquelles la température affectait différents types : intermittent à petites oscillations, à grandes oscillations, rémittent succédaient de rares périodes de rémissions, toujours incomplètes et d'une durée dépassant rarement quelques semaines, après lesquelles, de nouveau, la température atteignait les chiffres élevés de 39° , $39^{\circ}5$ et quelquefois 40° . Dans les premiers temps, cette fièvre obligea le malade à s'aliter ; plus tard il put, sauf dans les périodes très fébriles, vaquer, dans une mesure restreinte d'ailleurs, à ses occupations habituelles.

Certaines ascensions thermiques étaient accompagnées ou suivies de transpirations assez abondantes. Fièvre continue avec poussées fébriles élevées ne paraissent pas cependant avoir gravement altéré l'état général.

Le malade n'avait maigri, pendant ces six années de fièvre que de cinq kilogrammes, son appétit était resté bon, ses forces et son activité relativement peu atteintes. En dépit de nombreux examens de laboratoire, dont un Wassermann, restés tous négatifs, le malade, habitant un pays où règne endémiquement le paludisme, la fièvre de Malte et la dysenterie, est tour à tour considéré comme atteint de ces différentes affections, et subit sans aucun résultat d'ailleurs un traitement antipaludéen, puis antiamibien énergique et prolongé. Bien qu'on n'ait pu relever dans ses antécédents, si loin qu'on y remontât, une atteinte

dysentérique avérée, c'est vers le diagnostic d'amibiase, que les autres diagnostics, n'étant pas confirmés et qu'étant donné l'état du foie augmenté de volume et légèrement douloureux, on se trouva orienté pendant le plus longtemps. L'échec du traitement antiamibien ajouté à l'échec des autres traitements fit porter des réserves sur le diagnostic d'amibiase, et malgré l'absence d'antécédents lithiasiques ou d'une maladie infectieuse antérieure, les médecins, sans abandonner définitivement l'hypothèse d'un abcès du foie, s'arrêtèrent au diagnostic de cholécystite. Son état ne s'améliorant pas, le malade vint en Europe. En Italie le diagnostic, de cholécystite vraisemblablement calculuse, rallia les suffrages les plus autorisés. Une cure à Montecatini fut prescrite, et en cas d'échec de celle-ci, l'ablation de la vésicule. Montecatini n'ayant en rien modifié la situation, bien au contraire, le malade vint à Paris.

Dès le premier examen, l'attention est attirée non par l'état de la vésicule qui ne présente aucune modification appréciable de forme, de consistance ou de sensibilité, mais par un accroissement manifeste du volume et de la consistance du foie, beaucoup plus marqué au niveau de la région supravésiculaire et de la région épigastrique où la surface du foie paraissait nettement plus dure, plus irrégulière et légèrement plus douloureuse.

Instruit par une précédente expérience et suspectant la syphilis, bien que le malade n'en présentât aucun stigmate, nous faisons faire, malgré ses dénégations énergiques et un précédent Wassermann resté négatif un nouveau Wassermann. Ce dernier se montre fortement positif. En dépit de nos assurances les plus optimistes et du conseil que nous lui donnons de surseoir à l'intervention chirurgicale

dont il était hanté, en attendant l'effet du traitement spécifique dont nous lui faisons le 9 août une première piqûre de cyanure, le malade, las des nombreux traitements suivis et peu confiant dans les ressources de la médecine, se fait opérer le 19 août.

Nous ne saurions mieux faire que de laisser la parole à l'éminent chirurgien qui l'opéra et qui voulut bien nous remettre une note à ce sujet : « Anesthésie au protoxyde d'azote. Laparotomie en L découvrant largement la vésicule masquée par des adhérences. Libération et ablation de la vésicule par voie rétrograde. Vésicule ne contient ni pus ni calcul. Foie à surface parsemée de nombreuses saillies de la grosseur de petites noix réunies entre elles par des raghades. Il s'agissait nettement d'un foie syphilitique. Dans les huit jours qui ont suivi l'intervention la température est restée à 38°-38°5. Au troisième jour après l'intervention, institution du traitement antisyphilitique (cyanure). Quatre à cinq jours après la température céda et ne reparut plus. »

OBSERVATION VI

(MM. GILBERT, CHIRAY, COURY)

P. E..., trente-trois ans. Bien portant jusqu'en mars 1917, le sujet contracte le paludisme à l'armée d'Orient, est insuffisamment traité, et garde, à partir de ce moment, des accès de fièvre intermittente paludéenne, qui reviennent environ tous les quinze jours. Il semble avoir contracté

également à ce moment la dysenterie. En août 1917, il est évacué en France et réformé pour blessure de guerre.

D'octobre 1917 à juin 1920 il travaille à peu près régulièrement, mais présente à intervalles réguliers des accès fébriles intermittents. D'autre part il se trouve constamment affaibli par une diarrhée chronique.

De juin à octobre 1920 l'état s'aggrave. Le 18 juin, en effet, survient une crise ressemblant à une poussée aiguë au cours de la dysenterie chronique et caractérisée par de très nombreuses selles liquides et de couleur noire. Puis après quelques jours la diarrhée cesse ; mais la fièvre devient quotidienne, l'état général décroît rapidement et bientôt le malade est obligé de solliciter son admission à l'hôpital.

Premier séjour à l'hôpital. — Le malade y entre en octobre 1920 et y reste jusqu'en janvier 1921.

D'abord placé dans un service de médecine, il y est considéré comme atteint d'hépatite dysentérique et suit sans succès un traitement intensif à l'émétine. On le fait passer dans un service de chirurgie où, toujours considéré comme atteint de la même maladie, il subit sans résultat seize ponctions exploratrices très profondes du foie. Il sort sur sa demande.

Séjour à l'hôpital de la Charité à partir du 6 janvier 1921.

Etat général. — L'état général est mauvais, le teint est pâle, anémié. Le sujet a considérablement maigri (28 kilos dans les six derniers mois). Son poids est de 42 kilogrammes. La fièvre est continue, oscillant irrégulièrement entre 38° et 39° ou 39°5. Elle n'a pas cessé d'exister depuis le mois de juin. Le malade, habitué à la

quinine pour son paludisme macédonien a vainement cherché à combattre cette fièvre depuis six mois à l'aide de fortes absorptions de quinine.

Foie. — Le foie est très augmenté de volume. Son bord supérieur remonte jusqu'à un centimètre au-dessous du mamelon, son bord inférieur dépasse de trois travers de doigt le rebord costal sur la ligne mamelonnaire. La surface débordante paraît peu irrégulière, dure, très légèrement douloureuse.

L'extrémité droite du lobe droit semble plus hypertrophiée que le reste de l'organe. Elle forme une masse considérable qui descend jusqu'au niveau de l'épine iliaque, mais qui est un peu masquée par la sonorité colique. Cette masse fait penser un instant à une tumeur rénale. Mais après un examen plus attentif, après un examen radiographique précédé d'insufflation colique, il apparaît nettement qu'il s'agit du lobe droit du foie considérablement hypertrophié.

Cette hypertrophie hépatique ne s'accompagne d'ailleurs d'aucun trouble fonctionnel.

On n'observe ni ictère, ni ascite, ni circulation veineuse anormale, ni hémorragie. Seule existe une gêne douloureuse dans la région du foie.

Rate. — La rate est augmentée de volume, nettement perceptible par la percussion sur une hauteur d'un travers de main. Elle n'est pas accessible par la palpation.

Tube digestif. — L'appétit est nul, les digestions pénibles, l'intolérance alimentaire presque absolue. Le malade accuse une diarrhée persistante. Rien à signaler à l'examen objectif, à part quelques frottements péritonéaux.

Examen du sang. — Globules rouges, 3.780.000 ; globules blancs, 12.000.

Equilibre leucocytaire : Polynucléaires neutrophiles, 79 p. 100 ; polyn. éosinophiles, 1 p. 100 ; mononucléaires granuleux, 5 p. 100 ; mononucléaires moyens, 14 p. 100 ; mononucléaires petits (lymphocytes, 1 p. 100).

Pas d'hématozoaires.

Examen des urines. — Les urines ne contiennent ni albumine, ni sucre, ni pigments biliaires. On trouve seulement des traces d'urobiline.

Diagnostic et évolution : En présence de ce syndrome, le diagnostic d'hépatite dysentérique, qui avait été posé tout d'abord, ne paraît pas admissible en raison de l'échec complet du traitement à l'émétine et des explorations chirurgicales. L'hypothèse d'hépatite paludéenne avec fièvre n'est pas longtemps en raison de l'absence de chlorurie et même d'urobilinurie marquée. Un traitement de huit jours de quinine-uréthane en injections sous-cutanées de 0 gr. 80 entre le 26 janvier et le 3 février ne modifie en rien la fièvre ni l'état hépatique.

Dans ces conditions, la discussion du diagnostic circonscrit entre la cirrhose hypertrophique éthylo-bacillaire anascitique et l'hépatite syphilitique hypertrophique fébrile.

Pour élucider ce second diagnostic, nous décidons de pratiquer une réaction de Bordet-Wassermann et auparavant de réactiver cette réaction par un traitement mercuriel.

Le traitement mercuriel de réactivation est commencé le 5 février et continué jusqu'au 14. Il consiste en injections quotidiennes de biiodure de mercure de 0 gr. 01,

puis de benzoate d'hydrargire aux mêmes doses. Ce traitement, mal supporté, détermine de l'entérite et de la stomatite mercurielle. Il ne réactive pas la réaction Bordet-Wassermann, qui pratiquée à sa suite, donne un résultat négatif.

Mais dès le début de cette légère thérapeutique mercurielle, l'état du malade se modifie de façon curieuse. Sa fièvre qui continue depuis six mois, cesse complètement, l'appétit reprend, l'état général s'améliore avec une telle rapidité qu'au cours de cette période le malade est passé de 47 kilos à 49 kilos 700 en dix jours.

Le traitement est alors cessé pendant huit jours, du 14 au 21 février, à cause de la stomatite mercurielle. Pendant ce court espace de temps, la fièvre reprend, les troubles digestifs reparaissent, les forces et le poids décroissent, si bien que le malade tombe de 49 kilos 700 à 47 kilos 500. Cette rechute constitue une contre-expérience à l'appui de l'action du traitement.

Le traitement est repris le 21 février et consiste en une injection intraveineuse hebdomadaire du novarsé-nobenzol. Des doses progressivement croissantes, mais très prudentes, sont alors employées (0 gr. 15, 0 gr. 30, 0 gr. 45, 0 gr. 60). Dès le lendemain de la première piqûre la fièvre tombe définitivement. Elle n'a jamais reparu alors que pendant les mois précédents elle n'avait jamais cessé. En même temps, les forces présentent une vive reprise, les fonctions digestives reviennent à la normale, caractérisées surtout par un appétit très impérieux et par un fonctionnement intestinal relativement satisfaisant. Ce dernier point laisserait seul encore quelque peu à désirer.

L'augmentation de poids s'est faite avec une rapidité et une intensité incroyable : de 47 kilos 500 le 21 février, le malade est passé à 50 le 26 février, 52 le 4 mars, 59 le 13 mars, ayant ainsi gagné 12 kilogrammes en vingt et un jours et une augmentation de 17 kilogrammes depuis le 16 janvier.

Le malade sort de l'hôpital à la date du 14 mars et paraît à ce moment susceptible de reprendre le travail, sous réserve qu'il revienne une fois par semaine pendant quelque temps pour continuer et terminer le traitement arsenical intraveineux.

OBSERVATION VII

(MM. GILBERT, COURY et CHIRAY)

Hépatite syphilitique fébrile. Symptomatologie pseudo-tuberculeuse avec gros antécédents bacillaires. La fièvre constatée fortuitement deux mois auparavant n'est modifiée que par le traitement mercuriel qui l'a fait disparaître à la quatrième piqûre après une forte réaction Herxheimer. Le foie redevient normal. Engraissement de 8 kilogs en trois mois.

Ahr... quarante-neuf ans, n'a eu d'autres maladies qu'une syphilis contractée en 1896 (chancre de la verge, couronne de Vénus) ; il prend des pilules mercurielles et fait à Aix-la-Chapelle une cure de frictions hydrargyriques. D'août 1896 à 1903 il ne suit aucun traitement. En 1903, à la suite de violents maux de tête, il fait une cure de

trois semaines à Uriage. Depuis, « à chaque changement de saison », il prend des pilules d'hectine et des pilules mercurielles.

En 1912, le malade a une hémoptysie à la suite de laquelle il passe les hivers de 1912-1913 et 1914 dans le Midi. Mobilisé en août 1914, il est peu après hospitalisé à Bégin, où la constatation de bacilles de Koch dans ses crachats le fait réformer. Jusqu'en mai 1920, il semble se bien porter, mais depuis il se sent très fatigué, a perdu l'appétit et maigri. Il fait néanmoins de fréquents voyages en Europe centrale. Au cours d'un de ces voyages, de passage à Munich, il achète, par pur hasard, dit-il, un thermomètre. Rentré à Paris, il veut l'essayer et constate, à sa grande surprise, qu'il marque 39°. Il s'alite.

19 octobre 1920 : Nous le voyons pour la première fois. Il y a cinquante-quatre jours qu'il a fortuitement constaté la fièvre qui, depuis, n'a point discontinué (voir la courbe de l'obs III), résistant au repos absolu, à l'aspirine, au pyramidon et à l'antipyrine. Cette fièvre continue à recrudescences vespérales parfois très marquées, est accompagnée de très abondantes transpirations nocturnes qui fatiguent beaucoup le malade. L'amaigrissement s'est accentué depuis trois semaines, en même temps que la toux devenait plus fréquente et s'accompagnait d'une expectoration surtout muqueuse. Ces symptômes avec les antécédents hémoptoïques et la constatation de bacilles dans les crachats qui avait été faite jadis, faisait craindre au malade et à son entourage la tuberculose pulmonaire. Devant ces symptômes et renseignements impressionnants, nous ne pouvons nous-mêmes, malgré des signes stéthoscopiques très peu nets, nous défendre de partager les craintes du

malade et de sa famille. Néanmoins un examen des crachats homogénéisés étant resté négatif, nous sommes incités par la constatation d'une augmentation de volume du foie qui débordait de deux travers de doigt le rebord costal, était lisse, indolore et de consistance normale à orienter notre diagnostic dans le sens de la syphilis.

La rate ne paraît pas grosse, les urines sont normales, il n'y a point d'ictère, ni lésion cutanée ou muqueuse ; mais la syphilis ne fait pas de doute, le malade nous en donne les détails signalés plus haut. Le Wassermann est positif.

24 octobre 1920 : Le malade reçoit à deux heures une première dose de 0 gr. 15 de cyanure de mercure en injection intraveineuse ; à six heures il est pris de très violents frissons et sa température, qui, à cinq heures, était à 38°, atteint pour la première fois 40°3 et reste à ce degré toute la nuit.

25 octobre : Température à 37°3. Nouvelle injection de 0,01 centigr. de cyanure qui n'est suivie ni de frisson, ni de réaction fébrile.

26 octobre : Température à 38°4 ; 0,015 de cyanure, ni frisson, ni réaction fébrile.

27 octobre : Température 37°8 ; 0,01 de cyanure, aucune réaction.

28 octobre : Température 36°5 ; 0,01 de cyanure.

29 octobre : Température 36°6 ; pas d'injection.

30 octobre : Température 36°8 ; 0,01 de cyanure.

Après cette série de six piqures mercurielles, le malade est soumis au traitement arsenical à doses progressives qu'il tolère parfaitement sans qu'à aucun moment depuis près de cinq mois sa température, définitivement tombée à

la normale après la quatrième piqûre, ait dépassé 37°. A aucun moment non plus, son foie très diminué de volume après la sixième piqûre de novarsénobenzol n'a présenté, en dépit de la réaction de Herxheimer consécutive à la première injection mercurielle, le moindre signe d'hépatite récidive. Le malade a reçu en près de quatre mois une dose totale de 8 grammes 50 de novarsénobenzol ; il a engraisé de 8 kilogs en trois mois.

OBSERVATION VIII

(M. WAHRAM)

M. A..., âgé de quarante ans, natif de Fort-de-France (Martinique), a eu des accès de paludisme jusqu'à l'âge de vingt-trois ans.

Depuis 1900 il vivait en Belgique et en France sans avoir plus d'accès fébriles : en 1906 il a eu un chancre induré de la verge et a été traité par des frictions à l'onguent mercuriel. Il se présente à la consultation de Baucicaut au mois d'octobre 1916 pour des accès fébriles se répétant tous les jours vers trois heures ou quatre heures, et se terminant vers onze heures ou une heure du matin : les accès débutent par un frisson, puis vient de l'hyperthermie et enfin une forte transpiration ; ce début de la maladie remonte à vingt-cinq jours.

La rate est volumineuse et sensible et le foie déborde les fausses côtes d'un travers de doigt. On constate une adénopathie inguinale et cervicale. Le malade se plaint

de céphalée, n'a pas d'appétit, maigrit sensiblement et ne peut plus travailler.

L'examen hématologique ne montre pas d'hématozoaires. La réaction de Wassermann est fortement positive.

Nous lui faisons quotidiennement des injections intra-veineuses de deux centimètres cubes de sulphydragyre ; dès les premières piqûres l'état général s'améliore et le malade reprend bientôt sa vie normale.

(L'auteur ne donne point d'autres renseignements).

OBSERVATION IX

(M. LEJARS)

La malade avait une trentaine d'années, amaigrie, utérine, elle souffrait depuis six mois de douleurs intenses, se répétant par crises, dans la région sous-hépatique.

Ces crises s'accompagnaient de brusques ascensions thermiques, 38°, 39° et au cours des dernières semaines la fièvre reparaissait chaque soir. Sous le bord inférieur du foie, dans la zone vésiculaire, on percevait et l'on voyait même, soulevant la paroi amincie, une masse vaguement arrondie, grosse comme une orange, de consistance ferme et sensible au palper.

Était-ce une cholécystite calculuse avec péricholécystite ?

J'y ai pensé d'abord. J'intervins et je découvris une tumeur blanchâtre, dure, occupant le bord intérieur du foie et la partie adjacente de la face convexe. Cachée au-

dessous la vésicule était toute normale. Sa surface hépatique ne présentait aucun autre point suspect.

Quelle était la nature de cette tumeur ?

L'indication, l'aspect bosselé, les accidents signalés tout à l'heure, l'amaigrissement me firent admettre qu'il s'agissait d'une tumeur maligne. J'ajoute que l'examen et l'interrogatoire le plus minutieux n'avaient révélé aucune trace de syphilis.

Je fermais le ventre et je portais le pronostic le plus sombre.

Eh bien, l'état général et local s'améliore peu à peu et le traitement spécifique acheva la guérison.

Dix ans plus tard, mon ancienne opérée venait me rapporter une gomme du tibia, qui fut reconnue tout de suite et guérie très vite par le traitement.

Depuis lors nulle autre manifestation ne parut.



CONCLUSIONS

Parmi les formes d'hépatosyphilis tertiaire, il convient de faire une place à la forme hypertrophique fébrile.

Elle est caractérisée par une fièvre présentant des types variés, avec ou sans atteinte de l'état général pouvant persister pendant des mois, et même des années, sans interruption ou avec des rémissions courtes.

Cette fièvre évolue chez d'anciens syphilitiques présentant une pesanteur ou une gêne douloureuse dans la région hépatique, des troubles dyspeptiques (anorexie, lenteur des digestions, etc...), un développement plus ou moins considérable du foie qui est tantôt lisse, tantôt irrégulier ou même bosselé et en général, une augmentation de volume de la rate, d'ailleurs variable. Il n'y a pas d'ictère.

L'hépatosyphilis hypertrophique fébrile peut être confondue avec diverses affections : tuberculose, hépatite amibienne, hépatite paludéenne, cholecystite suppurée, etc..

La fièvre de cette forme d'hépatite résiste au repos et à tous les antithermiques, mais est extrêmement sensible au traitement spécifique. Sous son influence, elle disparaît en quelques jours. On commence par les injections de sels

mercuriels solubles et on mettra ensuite, en œuvre, la médication arsénicale, qui sera particulièrement surveillée en raison de l'atteinte du parenchyme hépatique.

La régression de l'hypertrophie du foie est remarquable, mais ne suit pas une marche aussi rapide que l'amélioration des autres symptômes. Elle peut être incomplète.

L'efficacité du traitement est d'autant plus marquée que l'évolution lésionnelle a été de moindre durée.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
ROQUE.

Vu :
LE DOYEN,
JEAN LEPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 9 Mai 1922.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ARMOUR. — A case of congenital syphilis of the liver with a tuberculous history. *West London M. G.*, London, 1914, XIX-213.
- A. CADE. — Hépatite syphilitique tertiaire à forme fébrile : *Société Médicale des Hôpitaux de Lyon et Lyon Médical*, 10 mars 1922, n° 5.
- CHENAY. — Syphilis of the liver imitating cinchona. *Am. J. M., S. Philo*, 1914, XVIII-156-164.
- CHINAY, A. COURY. — La syphilis fébrile: Fièvre syphilitique et fièvre syphilo-thérapeutique. *Presse médicale*, 28 décembre 1921.
- A. COURY. — Syphilis hépatique tertiaire fébrile ayant simulé pendant deux ans une tuberculose pleuro-pulmonaire. Contribution à l'étude du début de syphilis hépatique tertiaire de l'adulte et de la fièvre syphilitique. *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, séance du 16 mars 1917, t. LXXI, p. 489.
- DUMONT. — L'hépatite syphilitique fébrile. *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, séance du 4 novembre 1921, p. 1421.
- FOURNIER. — Traité de la syphilis, p. 587.
- FAVRE. — Traité de pathologie méd. et thérapeutique appliquée, Sergent, tom. XIX.
- FONTAINE (B. W.). — Syphilis fever, *Méd. Clin. N. Am. Phila.*, 1918; I-153, I-1549.
- GÉRARDT. — *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1916, n° 46.

- GIFFERT, CHIRAY et COURY. — La syphilis tertiaire du foie à forme hypertrophique fébrile. *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, séance du 18 mars 1921, p. 417.
- GLASSER. — Das syphilitische Fieber, *Berl. Klinische Wochenschrift*, 1^{er} juillet 1913.
- GUNTZ. — Das syphilitische fieber, Leipzig, 1873.
- GREMIER. — Le foie syphilitique hypersplénomégalique. *Thèse de Paris*, 1906.
- GASTAINE, LIAU. — Fièvre, adénopathie, hépatite et médiastinite syphilitique longtemps méconnues, guérison par le traitement mercuriel puis arsénical; in Liau et Barin: médiastinite syphilitique. *Progrès Médical*, 12 novembre 1922, p. 567.
- HIRSCHBERG, RAICHINE. — Une observation d'hépatite syphilitique simulant le début d'une fièvre typhoïde. *Bulletin de Thérapeutique générale*, 30 juillet 1895.
- KLEMPESER. — Therapie der Gegenavart, *Berl. Klinische Wochenschrift*, 1903, s. 14.
- LEJARS. — Les grosses tumeurs syphilitiques du foie, *Semaine médicale*, 11 mars 1914.
- LÉVY (G.). — Des lésions syphilitiques méconnues opérées chirurgicalement comme cancer ou comme tuberculose. *Thèse*.
- MAMET. — Contribution à l'étude du diagnostic clinique de la cirrhose syphilitique du foie chez l'adulte. *Thèse de Lyon*, 1920-1921.
- MÉNOTIER. — Foie syphilitique, gommès et cirrhose avec hypersplénomégalie. *Soc. Méd. des Hôp.*, 1900.
- MIGLIORATO. — Febre intermittente da sifilude del fegato. *Settimana med. d. sperimentale*, Firenze, 1898, LII-567-573.
- NETTER. — Fièvre à allure intermittente d'origine syphilitique. *Bull. et Mém. de la Société Méd. des Hôp. de Paris*, 1916, p. 1857.
- OZLER. — Syphilis of the liver with the picture of Beautis disease. *Pror. Roy. Soc. Méd.*, London, 1913-1914, VII., Med. Sect., 1-7.
- RIEDEL. — *Mitteil aus den Grenz der Med. u. Chirurgie*, 1904, t. XIV, p. 1 et 2.
- STEINER. — Tumeurs du foie opérées n'ayant été reconnues syphilitiques qu'après l'intervention. *Thèse de Paris*, 1902.

- LEQUEINO. — Syphilitique gummata in de patient wiht diabetes insipides. *Pror. Roy. Soc. Méd. London*, 1915, VIII, Dermat Sect. 142-144.
- VITOU (J.). — La fièvre intermittente syphilitique. *Rev. Asor. med. argact*, Buenos-Aïres, 1916, XXLV, 53-1-54-1.
- WUDERLICH. — Der Werhalten der gumsgevarme in Krankheiten. Leipzig, 1870.
- WAHRAM. — Fièvre intermittente fruste d'origine syphilitique, *B. et M. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 1917, p. 184..
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	11
<i>Première Partie.</i> — CHAPITRE PREMIER. — Historique.	13
CHAPITRE II. — Symptomatologie. Anatomie pathologique	15
CHAPITRE III. — Pathogénie	19
CHAPITRE IV. — Diagnostic. Pronostic. Traitement.	21
<i>Deuxième Partie.</i> — OBSERVATIONS	25
CONCLUSIONS	59
BIBLIOGRAPHIE	61
